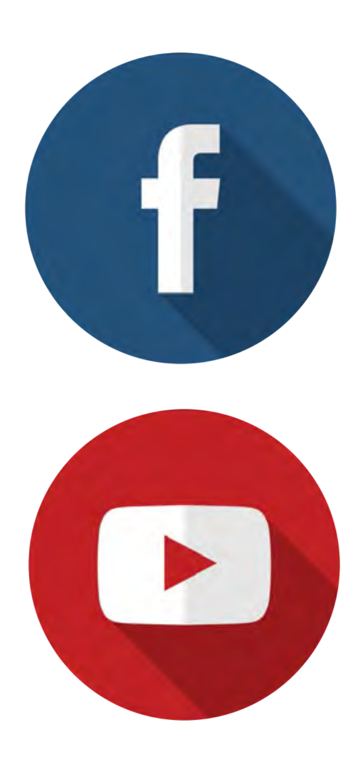
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful







GLOMERULONEPHRITES AIGUES

Dr.W.Messak

DEFINITION

- Inflammation aigue non suppurative diffuse généralisée des glomérules des deux reins.

- D'origine immunologique.

- Syndrome néphrétique aigu →1 à 3 semaines après une infection .

INTERET

- semble diminuer avec la mise en route du programme de lutte contre le RAA
- syndrome néphrétique aigu
- nature immunologique prouvée
- rétention hydro sodée
- Pronostic favorable (complications initiales possibles et graves)
- Prévention simple et efficace

EPIDEMIOLOGIE

- Pays en voie de développement
- Deux pics de fréquence dans l'année :
  - →Hiver /printemps (strepto pharyngé)
  - →Été (strepto cutané)
- Age : entre 1 et 10 ans : Age préscolaire
- Prédominance ♂
- 90-95%=infectieuse, SBHA=70%cas.

GERMES EN CAUSE

- Bactéries:

→streptocoque du groupe A

(Sérotypes12,4,25, 31,49)

→autres : pneumocoque, staphylocoque…

- VIRUS : rougeole , varicelle , herpes …
- Parasites: paludisme ,toxo, bilharziose.
- Atres : Médicaments , toxiques ,venins, vaccins.

Pathogénie

Atteinte glomérulaire immunologique

↓



↓

fixation sur la membrane basale glomérulaire

↓

stimulant ainsi une cascade de médiateurs

↓

Consommation du complément

monocytes,
lymphocytes,
macrophage,
cytokine,
plaquette

Physiopathologie

inflammation des glomérules

baisse de la filtration glomérulaire

rétention hydro sodée

hématurie protéinurie

œdèmes HTA

normalisation dés disparition inflammation

ANATOMOPATHOLOGIE

- microscopie optique:

_↑ volume des glomérules

– prolifération des cellules mésangiales

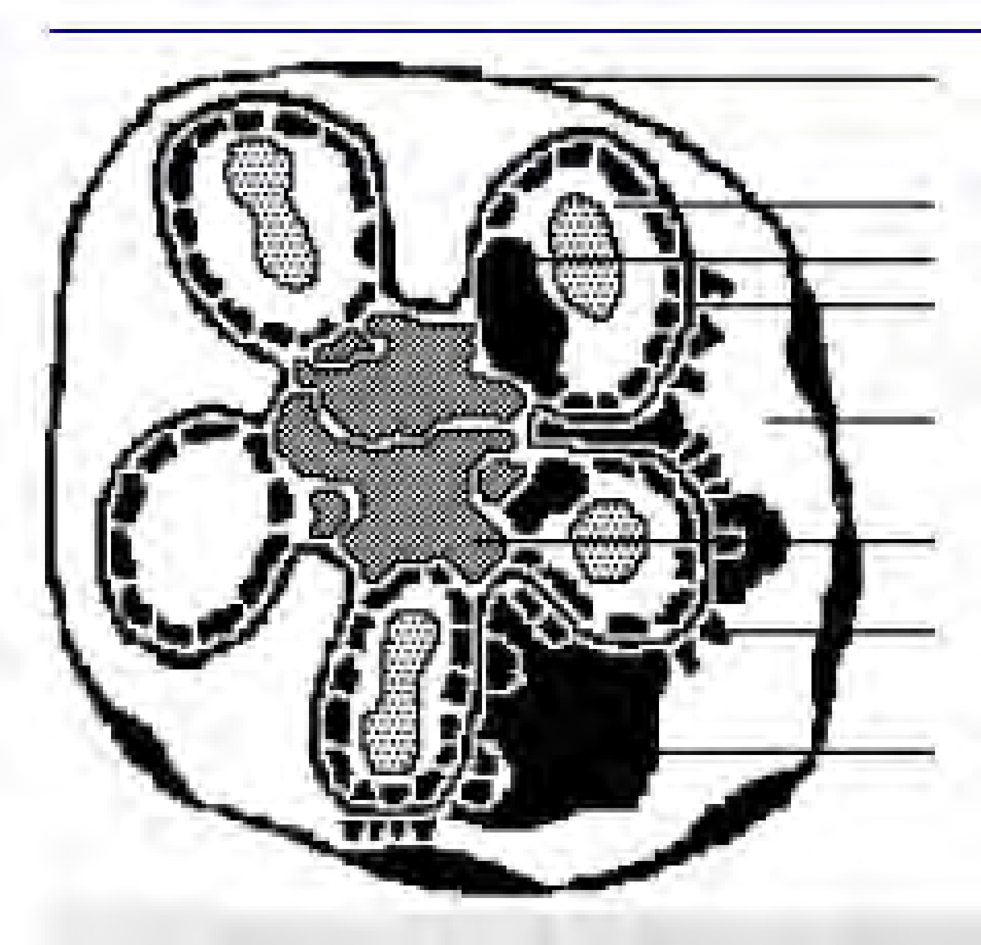
– présence de monocytes , polynucléaires et macrophages

– capillaires normaux

– humps sur le versant épithélial de la MB

- immunofluorescence: fixation du sérum anti-C3 et de l’anti IgG sur le dépôt en bosse ou « humps »

Glomérule normal



Prérequis: ANATOMIE DU G

Capsule de Bowman

Lobule capillaire
Cellule endothéliale
Membrane basale

Espace urinaire

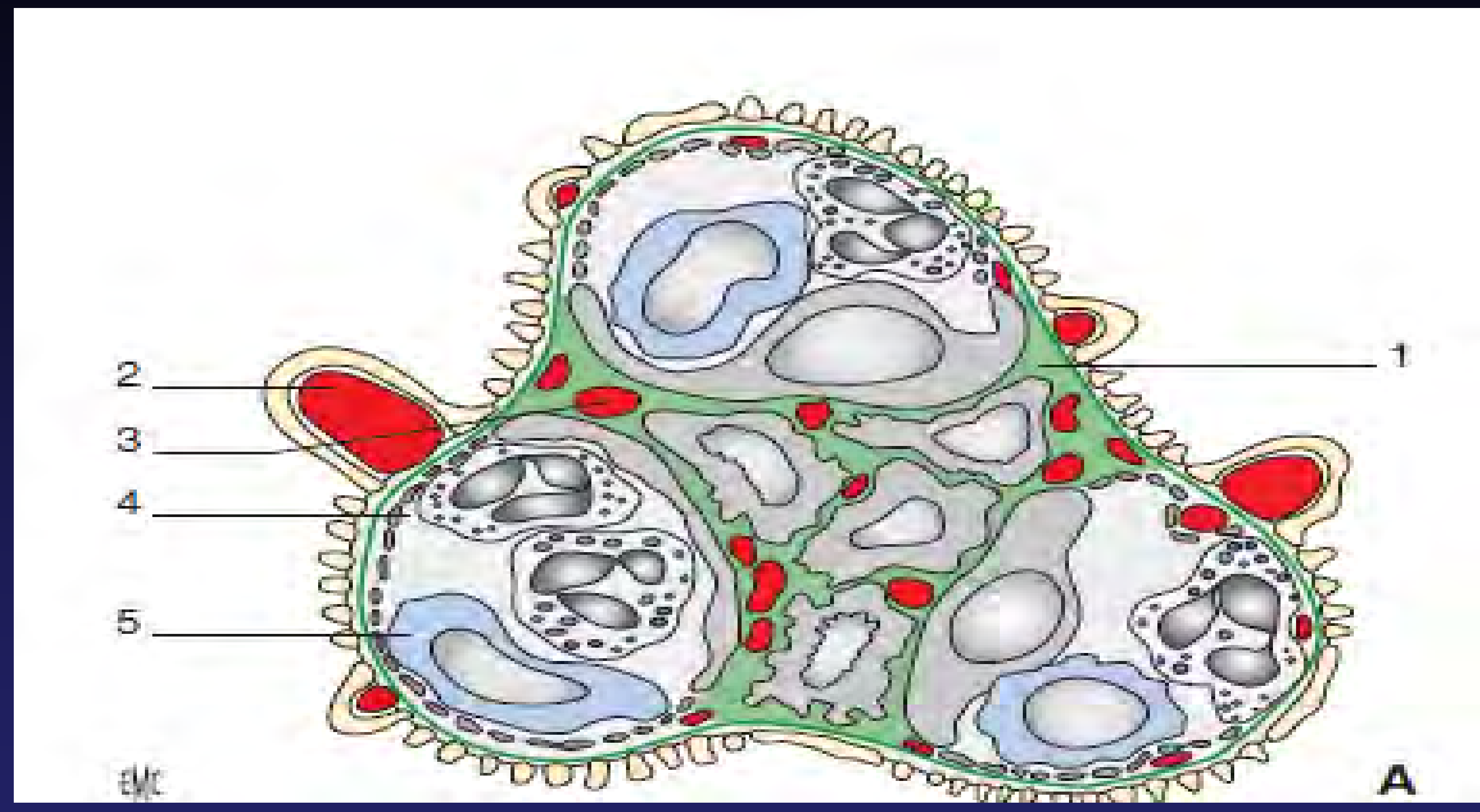
Cellule mésangiale

Pédicelle

Cellule épithéliale (podocyte)

Les reins contiennent à eux de
dans le cortex. Chacun d'entre

Glomérulonéphrite endocapillaire diffuse



1- PROLIFERATION MESANGIALE
2- « HUMPS »
3- DEPOTS MESANGIAUX
4- POLYNUCLEAIRE NEUTROPHILE
5- MONOCYTE

CLINIQUE

Début

- Brutal : fièvre 40 °,nausées,vomissements, lombalgies, accident hypertensif (OAP) ,convulsion ,anurie.
- Insidieux : (plus fréquent)

œdèmes: paupières et membres inférieurs ou prise de poids

hématurie

malaise général

- Phase d' état

- Les œdèmes :

discrets malléolaires/des paupières blancs ,mous , déclives , indolores , gardant le godet parfois ascite , pleurésie , péricardite …

- HTA : 50% des cas systolo-diastolique , souvent menaçante (plus de 30 mm hg au-dessus du P 97,5)

- Baisse de la diurèse :

oligurie si inferieure à 10 ml/H

urines sanglantes

BIOLOGIE

Urines :

- protéinurie : inf à 50 mg/kg / j
- baisse de urée et créatinine urinaire
- baisse de sodium urinaire
- culot urinaire : présence d'hématies et cylindres hématiques

Sang : fraction C3 du complément basse

si oligurie: urée et créatinine élevés

protides,lipides,ionogramme : normaux

syndrome néphrétique aigu

Œdèmes

oligurie

HTA

hématurie

protéinurie

Origine streptococcique

- intervalle libre entre l'infection initiale et la maladie
- Antistreptolysines O (ASLO) ↑
- Antistreptokinases B ↑.
-AntiDNAse B↑

Complications

Peuvent révéler la maladie

- œdème aigu du poumon : complication majeure de l'HTA souvent associé à une oligurie.
- crise convulsive : 2ème complication de L'HTA par encéphalopathie hypertensive.
- amaurose : plus rare souvent réversible.
- anurie : complication sévère mais rare, mortelle en absence de dialyse donne HTA avec OAP.

Une GNA compliquée a le même pronostic qu'une GNA simple

Formes cliniques

- Forme asymptomatique : 50% au cours des épidémies
- Forme sans hématurie ni protéinurie : interrogatoire détaillé – C3 bas – preuve de l’infection streptococcique
- Forme associée à un syndrome néphrotique : GN membrano-proliférative à pronostic sévère (rare)
- Forme compliquée d’emblée : OAP , convulsion , amaurose , anurie

Diagnostic positif

Syndrome néphrétique aigu :

(Œdèmes, oligurie)

HTA

hématurie

protéinurie



Baisse du complément (C3)



preuve de l'infection streptococcique

Diagnostic différentiel

1 - néphropathie à IgA : (maladie de berger ou purpura rhumatoïde)

- pas d'intervalle libre
- C3 normal
- évolution récidivante
- biopsie : dépôts mesangiaux d'IgA

- Signes digestifs , cutanés et articulaires si purpura rhumatoïde.

2- exacerbation d'une GNC :

- membrano-proliférative (surtout)
- pas d'intervalle libre
- anamnèse chargée
- l'évolution tranche

3- le syndrome d'ALPORT :

- héréditaire (liée à l'X)
- atteinte auditive,aculaire
- sévère chez le garçon
- PBR: feuilletage de la lamina propria

4- autres GN post infectieuses :

- bactérienne : staph , pneumocoque , haemophilus , mycoplasme
- virale : EBV , CMV , varicelle
- champignons : candida , aspergillus
- parasites : malaria , leishmaniose

5-GN secondaires:

- Atteinte rénale rarement au 1er plan
- # atteintes systémiques et viscérales

Prise en charge

Lutter contre le streptocoque :

- Pénicillothérapie de 10 jours
- Benzathine pénicilline : 01 injection en IM permet d'éradiquer le streptocoque
- L'antibiothérapie au long court n'est pas recommandée car la rechute est exceptionnelle
- Si allergie à la pénicilline on utilise l'érythromycine 50mg/kg/j pendant 10 jours

- Lutter contre la surcharge hydro sodée :
- Mesures hygiéno-diététiques :

  repos au lit

  régime sans sel

  restriction hydrique
- Diurétiques → furosémide en IV
- Antihypertenseurs :

  nifédipine : 0,5 mg/kg/j en 04 prises

  nicardipine(loxen)
- Anurie →dialyse

Prévention

- Traitement correct de toutes les angines, caries dentaires et des infections cutanées type impétigo
- En présence d'une GNA post streptococcique rechercher les formes frustes dans son entourage immédiat (LABSTIX).

Indications à la PBR

- Anurie >5 jours
- HTA et IRA>15jours
- Persistance du Sd néphrotique>1 mois
- Persistance d'une protéinurie 1g/j >1mois
- hypoC3>4 mois
- Hématurie microscopique>2ans
- Rechute de la néphrite aigue /hématurie macro

Conclusion

La GNA post-streptococcique reste fréquente en Algérie elle peut avoir des complications graves menaçant le pronostic vital qu’on peut éviter par le bon traitement des infections streptococciques